EIGHTEENTH ANNUAL REPORT OF THE CHIEF CORONER

LEGISLATIVE LIBRARY
BIBLIOTHÈQUE DE L'ASSEMBLÉE LÉGISLATIVE

APR 2 7 1990

FREDERICTON, N.B.

PROVINCE OF NEW BRUNSWICK

FOR THE PERIOD

JANUARY 1 TO DECEMBER 31, 1989

78-39L3 (1/90)

90-05135/

EIGHTEENTH ANNUAL REPORT

OF THE CHIEF CORONER

PROVINCE OF NEW BRUNSWICK

For the Period January 1 to
December 31, 1989

CORONERS BRANCH

DEPARTMENT OF THE SOLICITOR GENERAL

DEPARTMENT OF THE SOLICITOR GENERAL

MINISTÈRE DU SOLLICITEUR GÉNÉRAL

NEW BRUNSWICK
NOUVEAU-BRUNSWICK
CANADA

The Honourable Conrad Landry
Solicitor General
Fredericton
Province of New Brunswick

Dear Sir:

Pursuant to Section 43 of the Coroners Act, I have the honour to submit the Eighteenth Annual Report of the Chief Coroner for the period January 1, 1989, to December 31, 1989.

Yours very truly,

JOHN H. EVANS
Chief Coroner
Province of New Brunswick

TABLE OF CONTENTS

		PAGE
(A)	**HISTORICAL BACKGROUND**	1
	Origin of the Office of the Coroner	1
	Development of the Office in Medieval and Modern Times	3
	Canadian Situation	6
(B)	**THE NEW BRUNSWICK SYSTEM**	8
	Organizational Structure	8
	Notification Requirement	9
	Investigative Capacity of Coroners Branch	10
	Purpose of Coroner's Investigation	11
	The Inquest Decision	12
	Summary	13
(C)	**STATISTICAL SUMMARY OF INVESTIGATED DEATHS**	14
	Schedule "A" - Total Deaths Reported	15
	Schedule "B" - Accidental Deaths	15
	Schedule "C" - Suicides - Judicial District/Sex/Age	16
	Schedule "D" - Suicides - Method/Sex/Age	17
	Schedule "E" - Comparative 1979 - 1988	18
(D)	**SUMMARY OF INQUEST AND RECOMMENDATIONS**	19

(A) HISTORICAL BACKGROUND

Origin of the Office of the Coroner

The office of the coroner is one of the oldest institutions known to English law (ranking in antiquity only behind the Monarch and the sheriff) and its true origin has been much debated. The first written references to the office occurred during the reign of King Alfred (871 - 910 A.D.). However, the historical development of the office can with greater certainty be traced back to a period close to the time of the Norman Conquest when the coroner, under the new regime, came to have an important role in the administration of justice. The changing functions of the office reflect the evolution of English legal and constitutional history over the course of a thousand years.

One of the early functions of the office was to enquire into sudden and unexpected deaths. Initially in this, as in other functions, the primary responsibility of the office was to protect the financial interest of the Crown. It was the duty of the coroner to establish the facts relating to the death - if the body was that of a Norman (as opposed to the native Anglo-Saxons) a levy was payable to the Crown. The coroner used a jury to enable him to ascertain this and to determine whether foul play was involved in the death; if so, the town or village was liable for an

additional fine if no felon could be found responsible for the death. On the other hand, should the felon be apprehended and convicted his entire goods and possessions were forfeited to the Crown upon seizure by the coroner. Also, failure of the first finder to notify the local authorities of dead bodies, and of those authorities, in turn, to notify the coroner, resulted in special fines levied by the Crown on the whole town for breach of duty. This particular function of the office of coroner (to determine the facts surrounding a death), as modified throughout the years, survives as the basis for all coroner systems which are presently existing in common law jurisdictions.

Other duties of the offices of the coroner were mainly administrative and are now only of academic interest; he kept the Crown's records in relation to the criminal courts; he collected and guarded the "chance" revenues falling to the Crown - in particular, deodands, wrecks, royal fish and treasure trove as well as the forfeited property of convicted felons mentioned above; he heard the swearing of adjurations of those persons who had fled to sanctuary; he also served as a check upon the fiscal activities of the sheriff and was required to act for the sheriff whenever the latter was incapacitated by interest or default.

The varied and changing historical duties of the office of coroner are reflected in the origin of the word "coroner" which is said to have come from the Anglo-French word for Crown -

"corouner". However, the precise designation of the officer appears to have varied from time to time. In the reign of Richard the First he was called "coronarius", in that of John, "coronator", because he originally had custody of the rolls of the pleas of the Crown. According to Sir Thomas Smith in 1583 the name of the office came from the word "crowner" or "coronator" because "the death of every subject by violence is accounted to touch the Crowne, and to be a detriment to it..." - in other words, the coroner, however spelled and pronounced, was in effect the local representative of the Crown. It is of interest to note that while the word "coroner" (as it is presently spelled) first appeared in the fourteenth century, the name "crowner" is used to this day in the north of Ireland and vulgarly in some parts of England.

Development of the Office in Medieval and Modern Times

The history and development of the office of coroner can best be illustrated by references to English legislation.

Article 20 of the Article of Eyre (1194) provided for the election in every county of England of three knights and one clerk as "keepers of the pleas of the Crown". The coroner had to be a resident of the county or the borough for which he was elected locally. His other qualifications was his wealth, which was probably seen as a form of insurance against the possibility of

misbehaviour, in the event of which his lands or possessions could be confiscated by the King. As the office was unpaid until 1487 prestige of the office and public service appear to be the motivating factor for seeking the office in the early days. The coroner took his oath of office before the sheriff, had county jurisdiction and tenure for life during good behaviour. He could however, lose his post if appointed to the office of sheriff.

In 1276 during the reign of Edward I the statute known as De Officio Coronatonis was proclaimed. In it the duties of the coroner were set forth as they applied to the inquisitorial procedure: that upon being summoned by the bailiff or any honest man, the coroner should go to where there was dead ... once there he would command the men from four neighbouring towns to appear before him as the jury to give evidence under oath. This statute expressed, for the first time, the basic questions requiring satisfaction where an unnatural death is under investigation. In the ensuring seven hundred years, no improvement has been made upon them and they remain: "who was the deceased? How, when, where and by what means did he die?"

In 1361 with the statutory creation of justices of the peace, the long decline of the role of the coroner in criminal proceedings began. Other means were found to secure the Crown revenue and the financial duties of the office of the Crown official

were also eroded. Later by statute in 1487 a fee was established to be paid by the coroner for each inquest in sudden and unnatural deaths. Because the coroner was less than popular with the justices (who had replaced him in criminal matters) the justices usually paid coroners the statutory minimum with the result that only unskilled lawmen tended to accept the position. Complaints were common that coroners would hold unnecessary inquests merely to support their meager income. Surprisingly, the office of coroner not only survived under such adverse circumstances but re-emerged during the industrial revolution to a new position of importance. This re-emergence was due in large part to the increasing incidence of sudden and unnatural death. As well, while the justices of the peace had taken over the cases of overt homicides, cases of suicides and covert homicides continued to be dealt with by the coroner's inquisition.

With the addition in England in 1836 of a statutory provision that allowed for the coroner to make payment for expert medical testimony, the capacity to detect covert homicide increased through the coroner's ability to order post-mortem examination of the deceased. As a medico-legal investigator, the coroner won back some of his lost status in criminal proceedings and by virtue of close access to medical expertise, the foundation for the present system was laid in England. The gain in status was supported in 1860 when a law was enacted abolishing the fee system and

establishing salaries for county coroners. A further development occurred in 1887 with the passage of legislation requiring inquests to be conducted whenever the coroner had reasonable cause to suspect that violence or unnatural factors had resulted in a death or where the cause of death was unknown. Moreover in 1888, election of coroners in England was discontinued and a system of coroner appointments was instituted.

Subsequent changes in the English system came as follows: in 1926 part of the criminal jurisdiction of the office was removed by the provision that the coroner adjourn his inquest in cases of murder, manslaughter or infanticide should charges be laid. Also mandatory requirements for inquests in all cases of which the cause of death was unknown were abandoned. In 1977 the jurisdiction of the coroner was further limited as the power to find a verdict of murder, manslaughter or infanticide was removed which negated the common law right of a coroner to commit for trial.

Canadian Situation

The institution of the common law coroner was early transplanted from England to North America with the result that every province and state has some type of modified coroners system.

The office of coroner was received in Canada as part of the common law system before conceptual changes which transformed

the coroner system in England had taken place. After Confederation provincial coroners were conducting proceedings similar to preliminary hearings in respect to homicide. Notwithstanding that the indictment function of the coroner's inquest was abolished in 1892 by the first Criminal Code, a procedure still exists whereby certain verdicts of a coroner's jury result in the individual named appearing in custody or by means of a recognizance before a magistrate or justice, although in recent years this procedure has been used infrequently.

Each province and territory in Canada presently operates its own sudden death inquiry system. Most provinces have restricted the jurisdiction of the coroner in respect to the finding of criminal or civil liability. Three provinces (Alberta, Nova Scotia and Manitoba) have now established medical examiner systems. Newfoundland has no coroners or medical examiner system as such. In that province all sudden deaths inquiries are held by a judge pursuant to Summary Convictions Act provisions. The remaining provinces and the territories have coroner systems which have all developed and grown, some more, some less, out of the institution of the common law coroner.

While New Brunswick coroners retain the "jurisdiction, powers and authority of coroners at common law" and courts have ruled that the Charter of Rights has not diminished the effect of section 44 of the Coroners Act in respect to procedure, Re Gregoire and the District Coroner for Campbellton, a decision of

Godin, J., May 2, 1988, effectively has limited the scope of the inquiry and particularly the verdict.

An inquest is not a forum to resolve civil disputes, or to conduct prosecutions. An inquest is not a trial and a coroner is not a judge. The proceedings are inquisitional as opposed to accusatory or adversarial. Thus there is no "accused" or "defendant" and no "parties" or "lis". Besides, it is wrong in principle for a public body other than a court to make formal pronouncements respecting the legal responsibility of any person, whether it be in a criminal or civil matter.

Coroners in New Brunswick have been instructed to protect the civil rights of all persons who may have had some connection with the death of the deceased and to ensure that the coroner's jury has not expressed any conclusion of civil or criminal responsibility or named any person or persons responsible for any act or omission which may have contributed to the death.

(B) THE NEW BRUNSWICK SYSTEM

Organizational Structure

In New Brunswick the Coroners Branch, for organizational and administrative purposes, falls within the Department of the Solicitor General. Supervision of the system is the responsibility of the Chief Coroner, located in

Fredericton, who is also assisted by a Deputy Chief Coroner and three Regional Coroners directly responsible for all coroner activities within designated geographical areas and located in Campbellton, Moncton and Fredericton. In addition, all sheriffs and deputy sheriffs are ex-officio coroners although not all are utilized as coroners within the system. At present, 37 full-time employees of the Sheriffs Branch function as coroners. A number of lay coroners are also appointed who act on a nominal fee for service basis and are a necessary retention of the old Coroner's System which before 1971 was serviced completely by lay coroners. Of the 15 lay coroners, 6 are medical practitioners, which before the availability of highly qualified and competent pathologists within the Province, was of great advantage to the system. The lay coroners continue to provide an excellent service in the communities in which they serve.

Notification Requirement

In New Brunswick the only death exempt from notification to a coroner is one where the person dies of disease or sickness while under treatment of a duly qualified medical practitioner (as long as the death: i) did not occur during or as a result of pregnancy; ii) was not sudden and unexpected; and iii) was not under circumstances which may require an investigation). The Coroners Branch is responsible for the investigation of all

reported deaths in order to determine for each case the identify of the deceased and the facts as to how, when, where and by what means the deceased came to his death. The system, therefore, is a vital part of law enforcement in initially determining whether such reported deaths are due to natural causes, accident, suicide or homicide.

Investigative Capacity of Coroners Branch

For investigational purposes the Coroners Branch has available on request the services of the Royal Canadian Mounted Police (including the facilities of the Forensic Laboratory in Sackville) and municipal police acting within their respective jurisdictions. Also as a number of reported deaths involve elements of criminality the investigation sometimes is a combination of coroners and police responsibility and requires a close liaison between the two agencies. Also available to the Coroners Branch are the services of pathologists located at Regional Laboratories situated at Fredericton, Saint John, Moncton, Campbellton, Bathurst, Edmundston and Woodstock and also the services of the Provincial Forensic Toxicologist located at Saint John.

In addition two pathologists located in the Regional Laboratory in Saint John agreed to provide a centralized forensic pathology service for the Coroners Branch commencing January 1,

1982. The identification of a death as a "Type II" case which needs the special consideration of a forensic pathologist now results in the utilization of the forensic service mentioned above. A "Type II" case requires that the body be transported to the Saint John Laboratory for the autopsy. The forensic pathologist acting is also available to the coroner's service and the police agency to visit the death scene, if necessary. Both pathologists acting in that capacity have for many years demonstrated their high degree of interest in forensic pathology and their expertise in acting as expert witnesses both at inquests and criminal trials.

Purpose of Coroners Investigation

The purpose of the coroners investigation has changed over the years. For many years the major emphasis was directed towards the investigation of the actual medical cause of death to the exclusion of practically all other aspects. Now the medical cause of death is only one of many factors to be considered. The non-medical factors causing death are equally important and in many cases call for remedial measures to correct conditions hazardous to public safety. Therefore, it is sometimes necessary for the coroner to order an inquest into the death although the cause of death is known.

The Inquest Decision

One of the more difficult decisions a coroner has to make is whether or not to hold an inquest. In early times, the inquest was part of the function of the coroner in every case he investigated. Gradually, the common law developed to the point where the decision was in the discretion of the coroner.

Local coroners, the Chief Coroner or the Solicitor General in some circumstances, may order an inquest into a death. The holding of an inquest has the effect of drawing public attention to the many contributing causes of accidental and violent deaths. It is also an important vehicle in causing attention to be focused on situations where remedial action may be taken to prevent similar occurrences in the future. To this end coroners have been encouraged to carefully consider all circumstances surrounding accidental and violent deaths, with the view to holding an inquest if any useful purpose will be served by doing so. It is expected that the Coroners Jury make recommendations directed toward the avoidance of death in similar circumstances where appropriate.

The Chief Coroner is responsible for bringing the findings and recommendations of Coroner's Juries at inquests to the attention of appropriate persons, agencies and departments of governments. Although the Chief Coroner has no authority to

force any person or organization to implement recommendations, a number are in fact implemented in some way. No doubt this is due to the fact that the organization affected would find itself in a most embarrassing position if a second death occurred under similar circumstances, without having remedied the situations which caused the first fatality.

Summary

The Coroners Branch investigates from 35 to 40 percent of the total of approximately 5,000 yearly deaths in the Province. A high percentage of the investigated deaths are determined to be from natural causes. Autopsies are ordered by the coroner in approximately 40 percent and inquests are ordered in about one percent of all investigated deaths. More than 90 percent of investigated deaths are now conducted by ex-officio coroners who are full-time employees of the Sheriffs Branch.

Appreciation is expressed to all law enforcement agencies and all other related agencies involved who have through the year cooperated and assisted in the investigations which have been processed through the Coroners Branch. Also gratitude is expressed to all coroners who have shown, once again, a high level of dedication and professionalism, frequently under adverse conditions.

(C) STATISTICAL SUMMARY OF INVESTIGATED DEATHS

Beginning January 1, 1987 deaths reported to and investigated by the Coroners Branch have been classified in five distinct categories: accidental, suicide, homicide, natural and undetermined.

The **accidental** category covers all accidental deaths including all deaths involving motor vehicles where there is no obvious intention to cause death to another person. For example, if a person is intoxicated and drives with criminal negligence causing death the coroner's classification will be accidental.

The **suicide** category covers all cases of obvious suicide.

The **homicide** category covers all cases of homicide except where a motor vehicle is involved and there is no obvious intention to cause death to another person.

The **natural** category covers all deaths by disease or natural causes.

The **undetermined** category covers any death where it is impossible to determine whether the death was accidental, suicide, homicide or natural. Coroners are instructed to make all possible efforts to classify deaths in one of the other categories before considering this category. An example of a difficult case which might fall in this category is that of drug overdose where it is impossible to determine whether death was accidental, suicide or homicide.

As indicated in Schedule "A" hereunder, the total number of deaths reported to and investigated by the Coroners Branch in 1989 was 1,766 of which 1,421 were found to have occurred as a result of natural causes, including 7 SIDS (Sudden Infant Death Syndrome).

SCHEDULE "A" 1989

Classification	No. of Deaths	Autopsy Performed
Accidental	239	164
Suicide	85	83
Homicide	16	15
Natural	1,421	444
Undetermined	5	5
TOTAL	1,766	711

In Schedule "B" hereunder the 239 deaths classified as accidental are further classified to indicate the manner of death.

ACCIDENTAL DEATHS - SCHEDULE "B" - 1989

Manner	Number	Autopsy Performed
Motor Vehicle	128	78
Motor Cycle	6	5
Recreational Wheeled Vehicle	7	5
Snowmobile	2	1
Bicycle	2	1
Pedestrian	14	11
Aircraft	4	4
Agricultural	1	1
Industrial	4	3
Fire	23	13
Weapon	5	5
Drug	6	6
Hanging	0	0
Drowning	17	15
Other	20	16
TOTAL	239	164

In Schedule "C" hereunder the 85 deaths by suicide are further classified to indicate sex, age and Judicial District of death.

S U I C I D E S

SCHEDULE "C" - 1989

JUDICIAL DISTRICT	0-19 M	0-19 F	20-30 M	20-30 F	31-40 M	31-40 F	41-50 M	41-50 F	51-60 M	51-60 F	61-70 M	61-70 F	OVER 70 M	OVER 70 F	TOTAL MALE	TOTAL FEMALE	TOTAL FOR DISTRICT	PERCENTAGE OF SUICIDES
BATHURST	1		2	1	4		2		1		1	1			11	2	13	15.3
CAMPBELLTON			1	1	4				1	1		1	1		7	3	10	11.8
EDMUNDSTON	1		1		2	2			1						5	2	7	8.2
FREDERICTON	1		1	1	1	1	2			1	1	1			6	4	10	11.8
MONCTON			6		4		2		2		1		1		16		16	18.9
NEWCASTLE			1		2		1		1						5		5	5.8
SAINT JOHN	2	1	6		3		2		1		1	1	1	1	16	3	19	22.4
WOODSTOCK					1	1	2				1				4	1	5	5.8

In Schedule "D" hereunder the methods of suicide are further classified by sex and age.

S U I C I D E

SCHEDULE "D" - 1989

METHOD	0-19 M	0-19 F	20-30 M	20-30 F	31-40 M	31-40 F	41-50 M	41-50 F	51-60 M	51-60 F	61-70 M	61-70 F	Over 70 M	Over 70 F	TOTAL MALE	TOTAL FEMALE	TOTAL METHOD	PERCENTAGE OF TOTAL
WEAPON	3		10	2	14	1	9		4	1	2	1	3		45	5	50	58.8
HANGING	1	1	8		4		3		3		1	1			20	2	22	25.8
DRUG OVERDOSE				1		2						1				4	4	4.7
CARBON MONOXIDE POISONING			1		1				1		1	1			4	1	5	5.9
DROWNING						1				1						2	2	2.4
OTHER	1													1	1	1	2	2.4
TOTAL	5	1	19	3	19	4	12		8	2	4	4	3	1	70	15	85	
MALE	5		19		19		12		8		4		3		70			
FEMALE		1		3		4				2		4		1		15		
AGE GROUPS	6		22		23		12		10		8		4					
PERCENTAGE OF TOTAL	7		25.9		27.1		14.1		11.8		9.4		4.7					

In Schedule "E" hereunder comparative figures for a ten year period from 1979 - 1988 on all accidental, violent and sudden infant deaths are included.

SCHEDULE "E"
1979 - 1988

	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	AVERAGE
MOTOR VEHICLE	210	180	146	176	108	137	84	95	137	126	13.9
BYCYCLIST	5	7	6	2	3	8	2	3	7	5	4.8
PEDESTRIAN	44	43	40	26	17	27	28	24	10	19	27.8
DROWNING	42	43	37	33	20	26	30	24	31	28	31.4
AIRPLANE	5	6		1	2	2			5	7	2.8
FARM ACCIDENT	5	4	4	8	1	3	2	2	2	2	3.3
FIREARM ACCIDENTS	4	6	5	1	3	7	4	2	2	2	3.6
HOMICIDE	10	10	15	13	10	16	15	14	20	12	13.5
INDUSTRIAL	14	11	7	10	7	15	12	12	8	8	10.4
SUICIDE	90	83	67	91	105	86	83	103	76	111	89.5
FIRE	27	31	17	16	15	25	27	25	26	18	22.7
SUDDEN INFANT DEATH	19	21	17	9	20	20	13	5	8	14	14.1
SNOWMOBILE	4	5	2	2	3	2	2	2	2	3	2.7
OTHER	62	79	57	56	33	49	18	26	14	16	41.
TOTAL	541	529	420	444	347	423	320	337	348	371	408

SUMMARY OF INQUESTS AND RECOMMENDATIONS

INQUEST NO. 1

On January 13 an inquest was held in Campbellton into the death of a 76 year old man who died in August of 88 while incarcerated at the RCMP City lockup in Campbellton, New Brunswick.

The jury found that the death resulted from atherosclerotic coronary heart disease. The manner of death was described as natural.

The recommendation of the jury, which was forwarded to the RCMP Headquarters in Fredericton and also to the Director of Correctional Services for the Province of New Brunswick was as follows:

1) "That the cells be designed in such a way that the guard can see the prisoner at all times."

The Commanding Officer of the Royal Canadian Mounted Police "J" Division (NB) replied that the guard sits in an area that will allow him to view the interior of all the cells continuously. On some of the older cells a steel plate approximately 5 x 5 covers a portion of the door and surrounds the lock. From a distance anyone laying on a bunk would have 2/3 of their body not in view. This was the type of cell the deceased was in. The City of Campbellton was asked to determine if this plate can be removed without creating any further hazards.

INQUEST NO. 2

On February 23 an inquest has held in Saint John into the death of a 38 year old man who died in November 88 as a result of a motor vehicle/train collision at South Bay, New Brunswick.

The jury found that the death resulted from massive hemorrhage sustained by trauma. The manner of death was described as accidental.

The recommendations of the jury which were forwarded to the Honourable Benoit Bouchard, Minister of Transport, the President and Chief Executive Officer of Via Rail and Canadian National Railway and also to the President of Canadian Pacific Railway were as follows:

1) "That signs of non-railway origin not be posted on or near railway signs.

2) Uniform standards of signs on all private crossings by all railway and transportation systems.

3) Pictorial signs, being of international nature, should be used along with written signs at all private railway crossings.

4) Heighten public awareness of potential danger of all railroad crossings using whatever means possible."

CP replied that they have removed the signs referred to in Recommendatation 1.

With regards to Recommendation #1-3 both CN and CP presently do not allow non-railway signs to be erected in close proximity to crossings. Both CN and CP are using standard warning signs at crossings and feel that additional pictorial signs at private

crossings would be either confusing or distracting. Via Rail has no jurisdiction over signage at railway crossings which are owned by either CN or CP.

All four of the above addressees actively support Operation Lifesaver, a public awareness program encouraging railway safety, particularly directed to the dangers of railroad crossings.

INQUEST NO. 3

On April 6 an inquest was held in Dalhousie into the death of a 35 year old man who died in February 89 while incarcerated at the Dalhousie Provincial Jail, New Brunswick.

The jury found that the death resulted from asphyxiation. The manner of death was described as suicide by strangulation. The deceased while incarcerated at the Dalhousie Provincial Jail committed suicide in his cell by wrapping a length of chain used to support a fold-up bed around his neck and then lying on the bed thereby strangling himself.

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Director of Corrections for the Department of the Solicitor General were as follows:

1) "That there is a need for more staffing for supervision than presently exits.

2) That all correctional officers, including casuals, receive a common basic training. In the event that this is not practical, that at least 50% of the correctional officers on duty be permanent staff members.

3) That the federal standards regarding floor space allocated per inmate be adhered to.

4) That there be a re-evaluation of the policy on the assigning of cells to the remanded inmates.

5) That the cell doors with lathes be removed and replaced with some type of door which would not provide a means by which an inmate might hang himself.

6) That the present policy of recreation for remanded inmates be reviewed."

The Director of Corrections responded to each of the recommendations as follows:

"1) This recommendation has now been satisfied, as the number of correctional officers on duty at the Dalhousie Provincial Jail has been increased from three to four on a 24 hour basis as a result of a staffing study which was conducted prior to this incident. As an additional precaution, a permanent staff post position has now been established in an open corridor area outside the cell block where this particular incident took place.

2) This recommendation has also been satisfied considering all new correctional staff members, including casual personnel, are provided equal amounts of training by the Institutional Training Coordinator. The orientation training provided includes a session on Suicide Prevention Awareness, and the suggested ratio of at least 50% of correctional officers on duty being permanent staff members is now being followed on a regular basis.

3) Although it is realized that from time to time the accommodations in the remand area do not provide ample space for a person who is locked up for most of the day, there is nonetheless the mandate of the institution to provide for the custody of those persons remanded from the courts awaiting trial, etc. Unfortunately, the population at the Dalhousie Provincial Jail does not always lend itself to providing opportunities for inmates to live in more expanded areas. It is anticipated that this concern will be now appropriately addressed through the 1990/91 capital maintenance budget allocation.

4) This recommendation was also made in consideration of having two or more inmates on remand in the same cell; however, as in the response to Recommendation #3, there is limited cell space available at this institution.

Our policy to assign remanded inmates to the most secure area within the institution will continue, although we realize that from time to time it shall produce an overcrowding effect. As in #3, this concern is also being addressed in the 1990/91 capital maintenance budget allocation.

5) Monies have been set aside in the next fiscal year to replace existing doors in the remand area at this institution which provide similar opportunities for other inmates.

6) This final recommendation has also been met, whereas all inmates of the facility are now taken outside at least two times daily, and where possible, a third time shortly after the evening meal. In addition to the outside recreation, remanded inmates are also provided opportunities to exercise outside the cell block area in an open corridor located inside the institution."

INQUEST NO. 4

On June 6 and 20 an inquest was held in Saint John into the death of a 28 year old man who died in March 89 after slipping from a ladder while boarding a boat in the Saint John Harbour, New Brunswick.

The jury found that the death resulted from drowning. The manner of death was described as accidental after the deceased fell from a ladder while boarding a boat when intoxicated.

The recommendations of the jury which were forwarded to the Hon. Benoit Bouchard, Minister of Transport, Regional Director General, Canadian Coast Guard, and the Saint John Fire Department were as follows:

1) "Handrails be installed and maintained on the wharf ladders.

2) Rescue boat and personnel be available at all times."

The Hon. Benoit Bouchard replied that the first recommendation is not feasible as this would interfere with the docking of vessels. However, wharf ladders and handrails on top of the wharf will be maintained in good order. With respect to the second recommendation, the Harbour Police now have a new patrol boat available 24 hours a day which is operated by trained police officers.

With respect to both recommendations, the Canadian Coast Guard reported:

> "The tidal range in the Bay of Fundy makes the problem of boarding of vessels, particularly small vessels, very onerous. Vertical or near vertical ladders are more safely ascended or descended by grasping the rungs of the ladder with the hands and using opposite legs and arms in the traditional climbing or descending motions. Separate hand-rails do not add to the safety of the person climbing. With handrails, the climber tends to lean backwards as opposed to the clinging position when using the rungs for support and motion. Further, a person's ability to grip is lessened, particularly, if the structure is wet or other-wise in a "slimy" condition.
>
> Where practicable, one of two methods have been used for the protection of employees using vertical fixed ladders over 6 metres in length, one method constructs a protective cage around the climber, in the other method, the climber uses a fall protection system, neither of these two methods would, in this instance, be applicable or practicable. In the first instance, the cage around the ladder is not practicable because of location on the vertical face of the wharf and again, the tidal range problem. In the second case, a fall arrest system is not logistically practical.

In some locations, there are "floating docks" permanently connected to the fixed quays with a compensating gangway attached to accommodate the full tidal range. These arrangements serve as the best method of safe boarding but are not generally available and would severely limit the number of berthing facilities to small vessels.

Each day around the Bay of Fundy, hundreds of fishermen and others board and disembark from small vessels, they recognize the inherent problems and take the very necessary precaution of "due care". Clearly, an intoxicated person may not be able to exercise "due care" and in this case, resulted in this unfortunate fatality.

The Coast Guard have supplied to the Saint John Police Force a boat for their use. The intended operational use of this boat is best addressed by the Chief of Police. However, we would point out that unless assistance is rendered immediately to a person in the water by persons in the vicinity using equipment on the wharf or boat, a successful rescue is unlikely. During cold weather, the person in the water very quickly becomes hypothermic, thus rendering him/her unable to help themselves."

INQUEST NO. 5

On May 31 an inquest was held in Fredericton into the death of a 15 year old male who died in December 88 while a passenger in a car involved in a motor vehicle accident near Burtts Coroner, New Brunswick.

The jury found that the death resulted from multiple trauma. The manner of death was described as accidental resulting primarily from poor road conditions brought on by adverse weather conditions; a minor contributing factor was a lack of prudent speed at that particular location.

The recommendations of the jury which were forwarded to the Minister of Transportation were as follows:

1) "That a cautionary sign indicating a curve be placed at the easterly end of the turn on which the accident in question occurred, such sign to be placed in addition to the cautionary sign already in place at the easterly end of the curve immediately preceding.

2) That a cautionary 60 km/hr sign be placed on the proposed cautionary sign as well.

3) That the Department of Transportation consider the installation of precautionary signs at other potentially dangerous curves and/or intersections on Hwy. 104.

4) DOT begin an immediate investigation into the state and condition and physical characteristics of Hwy. 104, with special consideration given to winter traffic flow and driving conditions, with a view to upgrading the entire highway.

5) That Hwy. 104 be upgraded to an "A" classification in regard to storm response guidelines.

6) That DOT should consider increasing the night patrol allotment for District 6.

7) That DOT install a telephone system whereby phone calls made by the general public to division offices be automatically transferred to the district office when the division office is unattended.

8) That the RCMP more closely monitor the traffic flow on Hyw. 104, particularly during high traffic periods.

9) That because of the distance to the nearest current location of a Jaws of Life Unit, every effort be made to obtain one for one of the two volunteer fire departments in the Keswick Valley area, and that proper training in such unit be provided to all members of both departments."

The Minister of Transportation replied that the jury's recommendations 1-3 have been implemented. The Department of Transportation has begun a multi-year construction program to

upgrade Route 104 from Keswick to Millville and in Nov. 89 would upgrade the highway to an "A" classification. In response to Recommendation #6, while the Department decided against adding additional patrols, they would not ignore any reports or requests from the police. With respect to Recommendation #7, the Minister indicated that DOT personnel staff the Provincial Mobile Communication Centre which operates 24 hrs. a day, 7 days a week. The Centre has communication with all DOT vehicles and maintenance depots. Also, the RCMP detachments have a list of DOT personnel in their area to call in emergencies and DOT highway supervisors are on call at all times.

INQUEST NO. 6

On May 9 an inquest was held in Woodstock into the death of a mother and her three children who died in March 89 as a result of fire in their mobile home in Upper Kent, New Brunswick.

The jury found that the deaths resulted from smoke inhalation causing asphyxiation by carbon monoxide poisoning. The manner of death was described as accidental.

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Minister of Labour, the New Brunswick Fire Marshall and the N.B. Manufacturer Homes and Parks Association, were as follows:

1) "That installation of solid fuel heating units and flues be permitted only under the supervision of a certified N.B. inspector, as administered by the N.B. Department of Labour.

2) That greater emphasis be placed upon the installation of smoke detectors in all dwelling houses."

Coroner Ritchie made two additional recommendations as follows:

1) "That the manufacturers of mobile homes prepare an owner's manual specifying the proper heating equipment that would be safe to use in a mobile home. The manual would be in a form that could be affixed inside the mobile home and that purchasers of mobile homes be made aware of the owner's manual and its location.

2) All windows in mobile homes be installed so that they could pop out by a solid blow."

The Fire Marshall replied that his office:

> "is currently developing a provincial program in concert with the New Brunswick Association of Fire Chiefs to begin a six month intensive campaign to have an operational smoke alarm in every residential occupancy in the Province. This would include mobile homes, mini homes, apartment units and single and double family occupancies.
>
> All homeowners will be given the opportunity to have a home fire inspection by the local fire department. This would include the proper installation and operation of solid fuel burning appliances and placement of smoke alarm to adequately cover the needs of the homeowner.
>
> Additionally efforts are ongoing at the national level to make revisions to the National Building Code and National Fire Code to address changes in technology and building materials."

INQUEST NO. 7

On June 8 an inquest was held in Saint John into the death of a 22 year old woman who died in March 89 as a result of a motor vehicle/train collision at Brookville, Saint John, New Brunswick.

The jury found that the death resulted from head injuries. The manner of death was described as accidental as a direct result

of slippery road conditions, further compounded by the presence of an embankment which obstructed view.

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Hon. Benoit Bouchard, Minister of Transport, the President and Chief Executive Officer of Via Rail Canada Inc. and Canadian National Railway, were as follows:

1) "Embankment that obstructs the view of east bound trains must be removed to increase the line of sight of oncoming train.

2) Ownership of road must be established as to determine who is responsible for road maintenance especially during winter conditions.

3) The level area at the top of the incline (the level of the private crossing) should be increased (lengthened).

4) Look into the possibility of decreasing train speeds inside the (Saint John) City limits."

The Minister of Transport replied that work would soon be started in order to improve the sightline problem. Recommendation #2 is still being looked into by CN and the Canadian Transportation Agency as to who has primary responsibility of the road. Concerning Recommendation #3, the Minister indicated the Department felt that the level area at the top of the incline does meet acceptable standards. With regard to Recommendation #4, the railways had decided that present speeds would be maintained as long as crossings were adequate and reasonably safe for those speeds. Also, train whistling was initiated for all trains approaching Brookville.

Canadian National replied that:

"Private crossings are installed by the Railway at the request of individual property owners who require access and egress to their property. The crossings are installed by the Railway on the understanding that the individual or individuals requesting the private crossing will bear all costs associated therewith and maintain the approaches to the crossing in a safe manner. What frequently happens, however, is that the severed land is sub-divided for residence purposes and the crossing, which was in effect originally an extended driveway, becomes a heavily travelled thoroughfare to and from the various residences that were subsequently constructed. As is also frequently the case in that situation, few of the residents are prepared to undertake the responsibility of maintaining the roadway and look to the Municipality and/or the Railway. In most instances, the Municipalities have been reluctant to assume responsibility for the crossing or its approaches because the roadway remains, in fact, a private roadway which has never been dedicated for public use."

INQUEST NO. 8

On August 22 an inquest was held in Neguac into the death of a 30 year old man who died in December 88 when he was struck accidentally by a snow plow while walking on the side of the road at Legaceville, New Brunswick.

The jury found that the death resulted from head injuries. The manner of death was described as accidental.

The recommendation of the jury which was forwarded to the Minister of Transportation was as follows:

1) "That there must always be two people in the cab of a snow plough whenever it is on the highway."

The Minister replied that it is the policy of the Department to require a wingman during snow plowing operations but not during salting or sanding operations unless visibility of the driver is obstructed, in which case the wing is to be removed or a wingman is to accompany the driver. Given this policy, the Department was not prepared to implement the recommendation.

INQUEST NO. 9

On October 17 an inquest was held in Sackville into the death of a 70 year old man who died in June 89 after falling and striking his head at Sackville, New Brunswick.

The jury found that the death resulted from pneumonia. The manner of death was described as accidental when the deceased, who was intoxicated, fell and hit his head on the sidewalk causing a hematoma. The injuries required surgery which was followed by pneumonia causing his death.

The jury made no recommendations.

INQUEST NO. 10

On December 15 an inquest was held at Bathurst into the death of a 38 year old man who died in September 89 in a mining accident at Bathurst, New Brunswick.

The jury found that the death resulted from probable chest trauma. The manner of death was described as accidental as a result of falling rocks from an ore hang-up in the ore chute.

The recommendations of the jury which were forwarded to the Minister of State for Mines, the Minister of Natural Resources and Energy, Brunswick Mining and Smelting Corporation Ltd. and the Occupational Health and Safety Commission were as follows:

1) "That the recommendations of the inspector from the Occupational Health and Safety Commission, made as a result of this accident, continue to be followed at all times.

2) That sections 256(4) and 256(5) of the regulations under the Mining Act be reviewed for further clarification."

The Occupational Health and Safety Commission has noted that a new regulation is proposed which it is expected will be proclaimed in 1990 which states:

> "The employer shall ensure that no person enters any chute or transfer raise, used for the passage of ore, rock or other material by gravity, as a means of travel or for the purpose of releasing a hang-up of ore, rock material farther up the chute or transfer raise."
>
> Until the new Regulations are proclaimed, the Commission shall require that employers adopt a Code of Practice which shall ensure that **no person enters any chute or transfer raise** used for the passage of ore, rock or other material by gravity as a means of travel or for the purpose of releasing a hang-up of ore, rock material farther up the chute or transfer raise. **This means - NO PERMISSION SHALL BE GIVEN BY ANYONE TO ANYONE TO ENTER ANY CHUTE OR TRANSFER RAISE.** This Code of Practice shall be posted by the employer in a prominent place at the place of employment as required by the Act."

INQUEST NO. 11

On December 4-5 an inquest was held in Moncton into the death of a mother, father and daughter who died in July and August 89 as a result of a house fire in Moncton, New Brunswick.

The jury found that the death of the mother resulted from cutaneous burns, acute bronchopneumonia and pulmonary edema. The death of the father and daughter resulted from smoke inhalation and carbon monoxide poisoning. The manner of all three deaths was described as a deliberately set fire.

The jury made no recommendations.

A twelfth inquest was ordered into the accidental death in September 89 of an employee of a food processing plant in Dieppe, New Brunswick, who died when caught in the auger of a meat processing machine.

The inquest, scheduled for December 5, was postponed when the Occupational Health and Safety Commission commenced a prosecution against the employer for having breached a safety regulation. The defendant entered a plea of guilty and was fined $5,000.00. As the circumstances surrounding the death were well publicized in the course of the prosecution and the immediate safety hazard was remedied by the employer, the Chief Coroner decided that a public inquiry would not then serve a useful public purpose and he cancelled the inquest.

DIX-HUITIÈME RAPPORT ANNUEL DU CORONER EN CHEF

PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

POUR LA PÉRIODE DU

1ER JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 1989

78-3913 (3/89)

DIX-HUITIÈME RAPPORT ANNUEL

DU

CORONER EN CHEF

DE LA

PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

pour la période du 1er janvier au 31 décembre 1989

DIVISION DES CORONERS

MINISTÈRE DU SOLLICITEUR GÉNÉRAL

DEPARTMENT OF THE SOLICITOR GENERAL

NEW BRUNSWICK
NOUVEAU-BRUNSWICK
CANADA

MINISTÈRE DU SOLLICITEUR GÉNÉRAL

L'honorable Conrad Landry
Solliciteur Général
Fredericton, Nouveau-Brunswick

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le dix-huitième rapport annuel du coroner en chef pour la période du 1er janvier au 31 décembre 1989, en application de l'article 43 de la Loi sur les coroners.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma très haute considération.

JOHN H. EVANS
Coroner en chef
Province du Nouveau-Brunswick

TABLE DES MATIERES

		PAGE
A.	**SURVOL HISTORIQUE**	1
	Origine de la fonction de coroner	1
	Évolution de la fonction de coroner du Moyen-Age à nos jours	3
	L'expérience canadienne	6
B.	**LE SYSTEME DE CORONERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK**	8
	Organisation	8
	Déclaration	9
	Pouvoirs d'investigation de la Division des coroners	10
	But de l'investigation	11
	La décision de mener une enquête	12
	Résumé	13
C.	**RÉSUMÉ STATISTIQUE DES INVESTIGATIONS MENÉES A LA SUITE DE DÉCES**	14
	Tableau <<A>> - Nombre total de décès signalés	15
	Tableau <<B>> - Morts accidentelles	16
	Tableau <<C>> - Suicides - selon le sexe, l'âge et la circonscription judiciaire	17
	Tableau <<D>> - Suicides - selon le moyen, l'âge et le sexe	18
	Tableau <<E>> - Données comparatives (1979 - 1988)	19
D.	**RÉSUMÉ DES ENQUETES ET RECOMMANDATIONS**	20

A. SURVOL HISTORIQUE

Origine de la fonction de coroner

La fonction de coroner est la plus vieille institution du droit anglais, après celles de monarque et de shérif, et sa véritable origine est loin de faire l'unanimité. Mentionnée par écrit pour la première fois pendant le règne du roi Alfred (871-910), elle remonte probablement aux alentours de la conquête normande, époque où le coroner, sous le nouveau régime, vient à jouer un rôle important dans l'administration de la justice. Son évolution suit l'histoire juridique et constitutionnelle anglaise et les transformations qu'elle a subies depuis mille ans.

L'une des premières tâches du coroner consistait à enquêter sur les morts soudaines et inattendues. Au départ, et la même chose valait pour ses autres fonctions, il s'agissait essentiellement de protéger les intérêts financiers de la Couronne. À cet égard, le coroner devait établir la cause du décès; si le cadavre était celui d'un Normand, par opposition à un Anglo-Saxon, il fallait payer un impôt à la Couronne. Un jury aidait le coroner à établir ce fait et à déterminer s'il s'agissait d'un meurtre; dans l'affirmative, la ville ou le village était passible d'une amende supplémentaire si l'on ne pouvait repérer l'assassin. En revanche, si ce dernier était arrêté et condamné, tous ses biens et possessions revenaient de droit à la Couronne sur confiscation par le coroner. En outre, si la première personne à découvrir un cadavre omettait d'en

aviser les autorités locales et que celles-ci n'avisaient pas à leur tour le coroner, la Couronne imposait alors une amende spéciale à la ville entière pour manquement à ses devoirs. Cette fonction particulière (établir la cause d'un décès), modifiée au fil des ans, est à la base de tous les systèmes de coroners en vigueur actuellement dans les juridictions de common law.

Les autres tâches du coroner étaient surtout administratives et ne revêtent plus aujourd'hui qu'un intérêt historique : il tenait les dossiers judiciaires de la Couronne; il percevait et conservait les recettes fortuites de la Couronne, notamment les objets personnels ayant été cause accidentelle de mort d'homme, les épaves de mer, les baleines, esturgeons et marsouins qui, échoués ou capturés près de la côte, appartenaient au souverain, les trésors découverts par le pur effet du hasard puis, finalement, les biens confisqués mentionnés ci-dessus; il entendait le serment de ceux et celles qui demandaient asile; il exerçait également un contrôle sur les fonctions de percepteur du shérif et devait remplacer ce dernier s'il était frappé d'incapacité pour cause de défaut ou d'opposition d'intérêts.

La diversité des fonctions de cet officier et leur évolution au cours de l'histoire se reflètent dans l'origine même du mot «coroner», qui serait dérivé du vocable anglo-français pour «couronne», «corouner». Néanmoins, son appellation

précise semble avoir varié de temps à autre. Pendant le règne de Richard 1er, il s'appelait «coronarius»; sous le roi Jean, par contre, il cédait la place à «coronator», car au début il avait la garde du rôle des actions en justice intentées par la Couronne. Selon sir Thomas Smith (1583), l'appellation provient du mot «crowner» ou «coronator», puisque le décès de n'importe quel sujet par acte de violence touchait la Couronne et lui était préjudiciable. Autrement dit, le coroner, indépendamment de l'orthographe et de la prononciation du terme, était en réalité le représentant local du souverain. Une remarque est digne d'intérêt ici : alors que le mot «coroner» (dans sa graphie actuelle) fit son apparition au XIV^{e} siècle, le nom de «crowner» est en usage encore aujourd'hui dans le nord de l'Irlande et est utilisé vulgairement dans certaines régions d'Angleterre.

Évolution de la fonction de coroner du Moyen-Âge à nos jours

La meilleure façon de retracer l'histoire et l'évolution de la fonction de coroner est de se reporter à la législation anglaise.

L'article 20 du code de justice de Eyre (1194) prévoit l'élection dans chaque comté de trois chevaliers et d'un clerc en tant que «gardiens du rôle des actions en justice intentées par la Couronne». À ce propos, le coroner doit habiter le comté ou

la municipalité qu'il représente. L'autre condition de candidature, c'est sa richesse, que l'on considère sans doute comme une certaines garantie contre l'inconduite, infraction pour laquelle il risque de se faire confisquer ses terres et possessions par le roi. Comme cette fonction n'est pas rémunérée avant 1487, ses principaux attraits à l'origine sont probablement le prestige et le service public. Le coroner prête serment devant le shérif, a juridiction sur l'ensemble du comté et est nommé à vie durant bonne conduite. Il peut toutefois perdre son poste s'il accède à celui de shérif.

En 1276, pendant le règne d'Édouard 1er, est promulguée la loi intitulée De Officio Coronatonis. Cette loi énonce les fonctions d'enquêteur du coroner. Ainsi, sur sommation du huissier ou de tout autre honnête homme, le coroner doit se rendre sur les lieux d'un décès, pour ensuite convoquer les hommes de quatre villes avoisinantes qui vont former le jury. Cette loi pose pour la première fois les questions fondamentales auxquelles il faut répondre lorsque l'on enquête sur une mort non naturelle. Elles demeurent inchangées après sept siècles : Qui était la personne décédée? Comment, quand, où et par quel moyen est-elle morte?

L'avènement, en 1361, des juges de paix amorce la longue déchéance du rôle du coroner en matière criminelle. On a trouvé d'autres moyens de percevoir les recettes de la Couronne et l'officier perd également ses fonctions de contrôleur des

finances. En 1487, une loi prévoit le versement d'honoraires au coroner pour chaque enquête qu'il mène sur un décès soudain et non naturel. Comme le coroner est loin d'être populaire auprès des juges (qui l'avaient remplacé dans les causes criminelles), ceux-ci lui versent normalement le minimum prescrit. En conséquence, seuls les hommes de loi peu expérimentés ont tendance à accepter le poste. On se plaint souvent que le coroner procède à des enquêtes inutiles dans le seul souci d'arrondir ses maigres revenus. Chose étonnante, la fonction de coroner survit malgré cette adversité et regagne même une certaine importance pendant la révolution industrielle. Ce regain d'intérêt pour la profession est attribuable dans une large mesure au nombre de plus en plus grand de décès soudains et non naturels. Par ailleurs, le coroner continue à s'occuper des suicides et des cas d'homicide douteux, quoique les juges de paix aient pris en main les cas d'homicide manifeste.

En 1836, la loi anglaise est modifiée et le coroner peut dès lors rémunérer les médecins-experts à qui il demande avis. Ainsi, le coroner est davantage en mesure de se prononcer sur les cas d'homicide douteux, car il peut faire faire une autopsie. En sa qualité d'enquêteur médico-légal, il regagne une partie du prestige qu'il avait perdu en matière criminelle. Par ailleurs, son étroite association avec les experts jette les bases du système actuel en Angleterre. en 1860, une autre loi

vient renforcer cette nouvelle image de marque; en effet, le système d'honoraires cède la place à un système de salaires pour le coroner de comté. Puis, en 1887, une nouvelle loi exige la tenue d'une enquête chaque fois que le coroner a des raisons de croire qu'un décès est attribuable à un acte de violence ou à une cause non naturelle, ou encore que la cause du décès est inconnue. L'année 1888 marque un autre pas en avant : l'Angleterre remplace l'élection des coroners par un système de nominations.

D'autres changements viennent modifier le système. En 1926, le coroner perd une partie de ses pouvoirs judiciaires; en effet, il est tenu de mettre fin à son enquête sur les cas de meurtre, d'homicide involontaire ou d'infanticide dès mise en accusation. La même année, il n'est plus obligatoire de procéder à une enquête sur tout cas de décès dont la cause est inconnue. En 1977, les pouvoirs du coroner sont encore restreints et il n'a plus le droit de rendre un verdict de meurtre, d'homicide involontaire ou d'infanticide, fait qui lui enlève le droit de mise en accusation que lui donnait la common law.

L'expérience canadienne

Le coroner de common law fait son apparition outre-Atlantique très tôt, de sorte que chaque province et État s'est inspiré du modèle anglais.

Au Canada, la fonction est instituée avant que le système de common law, de qui elle participe, ne subisse les

transformations qui modifient le rôle du coroner en Angleterre. Après la Confédération, l'enquête du coroner provincial sur les cas d'homicide est plus ou moins une enquête préliminaire. En 1892, le premier Code criminel ôte au coroner son pouvoir de mise en accusation. Dans le cas de certains verdicts, toutefois, la personne désignée nommément peut être mise sous garde et conduite devant un juge ou se voir astreinte à contracter un engagement de comparaître, mais on s'est rarement prévalu de cette disposition ces dernières années.

Chaque province et territoire du Canada a son propre système d'enquête sur les morts soudaines. Ceci dit, la plupart des provinces ont limité les pouvoirs du coroner à l'établissement de la responsabilité civile ou criminelle. Trois d'entre elles, à savoir l'Alberta, la Nouvelle-Écosse et le Manitoba, ont maintenant un système d'expertise médicale. Terre-Neuve, de son côté, n'a pas de système de ce genre, ni même de coroners. Dans cette province, c'est un juge qui enquête sur les morts soudaines aux termes de la Loi sur les poursuites sommaires. Les autres provinces et les deux territoires ont pour leur part un système de coroners qui s'inspire, à des degrés divers, du modèle de la common law.

Bien que les coroners du Nouveau-Brunswick conservent «la juridiction, les pouvoirs et l'autorité des coroners de common law» et bien que les tribunaux ont statué que la Charte des droits ne diminue aucunement la portée de l'article 44 de la Loi sur les coroners relativement à la procédure, une décision de

J. Godin le 2 mai 1988 Re Gregoire et le coroner de circonscription pour Campbellton, a effectivement restreint le champ de l'enquête et particulièrement le verdict.

Une enquête n'est pas un forum pour résoudre les litiges civils ou exercer des poursuites. Une enquête n'est pas un procès et un coroner n'est pas un juge. On fait appel à des procédures inquisitoriales par opposition à des procédures accusatoires ou contradictoires. Il n'y a donc pas d'«accusé» ou de «défendeur» ni de «parties» ou de «lis». De plus, il ne convient pas, en principe, pour un organisme public autre qu'un tribunal de se prononcer formellement sur la responsabilité juridique d'un individu qu'il s'agisse d'une affaire criminelle ou civile.

On a également demandé à tous les coroners du Nouveau-Brunswick de protéger les droits civils de toutes les personnes qui auraient pu être liées directement ou indirectement aux décès d'une personne et de voir à ce que le jury du coroner n'a pas tiré de conclusion de responsabilité civile ou criminelle ou désigné une ou des personnes responsables de tout acte ou toute omission qui aurait pu contribuer au décès.

B. LE SYSTÈME DE CORONERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Organisation

Au Nouveau-Brunswick, la Division des coroners, aux fins d'organisation et d'administration, relève du ministère du

Solliciteur général. Le coroner en chef est chargé de la surveillance générale du système. Son bureau est situé à Fredericton et il est assisté d'un coroner en chef adjoint et de trois coroners régionaux directement responsables des activités à l'intérieur de régions désignées, dont les bureaux se trouvent à Campbellton, Moncton et Fredericton. En outre, tous les shérifs et shérifs adjoints sont coroners d'office, quoiqu'ils n'agissent pas tous à ce titre au sein du système. Actuellement, 37 employés à temps plein parmi eux sont coroners. Par ailleurs, un certain nombre de coroners non juristes sont nommés et ils travaillent à l'acte pour un traitement purement nominal. Ils représentent un vestige nécessaire de l'ancien système des coroners en place avant 1971, lequel n'employait que des coroners non juristes. Six des 15 coroners non juristes sont médecins, ce qui, avant l'arrivée de pathologistes hautement qualifiés et compétents dans la province, était très avantageux pour le système. Les coroners non juristes continuent à dispenser un excellent service dans leur localité.

Déclaration

Dans la province, le seul cas où il n'est pas nécessaire d'aviser le coroner est le décès qui survient à la suite d'une maladie pendant que la personne est sous les soins d'un médecin dûment qualifié (sauf si la mort survient : (i) pendant une grossesse ou à cause de celle-ci; (ii) de façon

soudaine et inattendue; ou (iii) dans des circonstances qui peuvent nécessiter la tenue d'une investigation). Par contre, la Division des coroners doit examiner tous les décès qui lui sont signalés afin de déterminer dans chacun des cas l'identité de la victime et d'établir où, quand, comment et par quel moyen elle est décédée. Par conséquent, les coroners sont un élément essentiel de l'application des lois car ce sont eux qui, les premiers, déterminent si ces décès sont dus à des causes naturelles, à un accident, à un suicide ou à un homicide.

Pouvoirs d'investigation de la Division des coroners

Aux fins d'investigation, la Division des coroners peut faire appel, au besoin, à la Gendarmerie royale du Canada (notamment au laboratoire médico-légal de Sackville) et à un corps de police municipal qui ont chacun leur domaine de compétence. En outre, comme certains des décès signalés comportent des éléments de criminalité, l'investigation relève quelquefois tant de la police que du coroner et exige par conséquent une étroite collaboration entre les deux. Les coroners peuvent aussi faire appel aux services des pathologistes des laboratoires régionaux, situés à Fredericton, Saint-Jean, Moncton, Campbellton, Bathurst, Edmundston et Woodstock, de même qu'aux services légaux du toxicologue provincial, qui se trouve à Saint-Jean.

De plus, deux des pathologistes du laboratoire régional de Saint-Jean ont accepté de fournir aux coroners, à partir du 1er janvier 1982, un service de médecine légale centralisé. Ainsi, lorsqu'un décès est classé comme un cas de «type II», nécessitant l'intervention spéciale d'un médecin légiste, il faut maintenant utiliser le service susmentionné. Dans un cas semblable, le cadavre doit être transporté au laboratoire de Saint-Jean pour l'autopsie. S'il y a lieu, le médecin légiste peut aussi aider le coroner ou la police en se rendant sur les lieux du décès. Depuis longtemps, les deux pathologistes qui agissent à titre de médecins légistes manifestent un intérêt marqué pour la médecine légale et ont fait valoir leur compétence comme témoins experts tant au cours des enquêtes que des procès au criminel.

But de l'investigation

Le but de l'investigation du coroner a évolué au fil des ans. Pendant des nombreuses années, on s'est attaché principalement à rechercher la cause médicale réelle du décès, à l'exclusion de presque tous les autres éléments. Aujourd'hui, l'aspect médical n'est qu'un facteur à considérer parmi bien d'autres. Les causes non médicales d'un décès sont en effet tout aussi importantes et, dans bien des cas, elles obligent à prendre les mesures nécessaires pour améliorer les conditions qui menacent la sécurité publique. Il faut donc quelquefois que le

coroner ordonne la tenue d'une enquête même si la cause du décès est connue.

La décision de mener une enquête

Une des décisions les plus difficiles que doit prendre le coroner est de savoir s'il y a lieu ou non de mener une enquête. À l'origine, l'enquête faisait partie des fonctions du coroner dans tous les cas dont il s'occupait. À la longue, cependant, la common law a évolué au point où la décision de mener une enquête a fini par relever uniquement du coroner.

Dans certaines circonstances, un coroner local, le coroner en chef ou le solliciteur général peuvent ordonner qu'on enquête sur un décès, ce qui a pour effet d'attirer l'attention de la population sur les nombreuses causes de décès par mort violente ou accidentelle. L'enquête est aussi importante du fait qu'elle met l'accent sur des situations où il est possible d'intervenir pour empêcher que des événements semblables ne se reproduisent. À cette fin, les coroners se doivent d'examiner attentivement toutes les circonstances entourant les morts violentes ou accidentelles afin de procéder à une enquête si cela se révèle utile. On s'attend à ce que le jury du coroner fasse des recommandations visant à éviter dans la mesure du possible qu'un décès ne survienne dans des circonstances semblables.

Le coroner en chef doit veiller à communiquer les conclusions et les recommandations du jury aux personnes,

organismes et ministères concernés. Il ne peut forcer quelque particulier ou organisme que ce soit à donner suite aux recommandations. Cependant, certaines d'entre elles sont mises en oeuvre d'une façon ou d'une autre, sans doute par crainte des organismes concernés de se retrouver dans une situation fort embarrassante s'il advenait qu'un deuxième décès survienne dans des circonstances semblables et qu'on ait négligé de prendre les mesures voulues pour corriger la situation à l'origine du premier décès.

Résumé

La Division des coroners mène une investigation dans 35 % à 40 % des quelque 5 000 décès qui surviennent chaque année dans la province. Un pourcentage élevé des décès soumis à une investigation sont dus à des causes naturelles. Le coroner fait faire une autopsie dans environ 40 % des cas et ordonne une enquête dans environ 1 % des décès qui font l'objet d'une investigation. Plus de 90 % des investigations sont actuellement menées par des coroners d'office qui travaillent à temps plein pour la Division des shérifs.

Je tiens à remercier tous les organismes d'application de la loi et les organismes connexes pour la collaboration et l'aide qu'ils ont apportées au cours des investigations des coroners. Ce sentiment de gratitude s'étend aussi à tous les

coroners, qui ont fait preuve, une fois encore, de beaucoup de dévouement et de professionnalisme dans des circonstances souvent pénibles.

C. RÉSUMÉ STATISTIQUE DES INVESTIGATIONS MENÉES À LA SUITE DE DÉCÈS

Depuis le 1er janvier 1987, les décès signalés à la Division des coroners et sur lesquels celle-ci doit faire une investigation sont classés dans cinq catégories distinctes : les accidents, les suicides, les homicides, les morts naturelles et les décès d'origine inconnue.

La catégorie des «accidents» englobe tous les décès accidentels, y compris ceux impliquant des véhicules à moteur sans qu'il existe d'intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un. Ainsi, une personne en état d'ébriété qui cause la mort de quelqu'un dans un accident de la route pourra être accusée de négligence criminelle, mais le coroner parlera tout de même d'accident.

La catégorie des «suicides« englobe tous les cas évidents de suicide.

La catégorie des «homicides» englobe tous les cas évidents d'homicide, sauf si un véhicule à moteur est impliqué et qu'il n'existe aucune intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un.

La catégorie des <<morts naturelles>> englobe tous les décès survenus à la suite d'une maladie ou attribuables à des causes naturelles.

La catégorie des <<décès d'origine inconnue>> englobe les cas où il est impossible de déterminer s'il s'agit de l'une ou l'autre des quatre catégories décrites ci-dessus. Les coroners se doivent évidemment de tout faire pour n'en arriver à cette conclusion qu'en dernier ressort. Un exemple de cas difficile qui pourrait être classé dans ce groupe serait celui d'une surdose de drogue où il est impossible de décider s'il s'agit d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide.

Comme l'indique le tableau <<A>> ci-dessous, le nombre total de décès signalés à la Division des coroners en 1989 et sur lesquels celle-ci a fait une investigation s'élevait à 1 766 pour l'année, dont 1 421 dus à des causes naturelles incluant 7 morts au berceau.

TABLEAU <<A>> 1989

Catégorie de décès	Nombre de décès	Autopsies
Accidents	239	164
Suicides	85	83
Homicides	16	15
Morts naturelles	1 421	444
Décès d'origine inconnue	5	5
TOTAL	1 766	711

Le tableau <<B>> ci-dessous présente des données sur les 239 morts accidentelles survenues durant l'année.

MORTS ACCIDENTELLES - TABLEAU <<B>> 1989

Cause du décès	Nombre de décès	Autopsies
Accidents de véhicule à moteur	128	78
Accidents de motocyclette	6	5
Accidents de véhicule tous terrains	7	5
Accidents de motoneige	2	1
Accidents de bicyclette	2	1
Piétons morts accidentellement	14	11
Accidents d'avion	4	4
Accidents à la ferme	1	1
Accidents du travail	4	3
Incendies	23	13
Accidents d'arme à feu	5	5
Surdoses de drogue	6	6
Pendaisons	0	0
Noyades	17	15
Morts au berceau	0	0
Autres	20	16
TOTAL	239	164

Le tableau <<C>> ci-dessous présente des données sur les 85 suicides survenus durant l'année, selon le sexe, l'âge et la circonscription judiciaire.

S U I C I D E S

TABLEAU <<C>> 1989

CIRCONSCRIPTION JUDICIAIRE	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		71 ET PLUS		TOTAL HOMMES	TOTAL FEMMES	TOTAL PAR CIRCONS-CRIPTION	POURCENTAGE DE SUICIDES
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F				
BATHURST	1		2	1	4		2		1		1	1			11	2	13	15.3
CAMPBELLTON			1	1	4				1	1		1	1		7	3	10	11.8
EDMUNDSTON	1		1		2	2			1						5	2	7	8.2
FREDERICTON	1		1	1	1	1	2			1	1	1			6	4	10	11.8
MONCTON			6		4		2		2		1		1		16		16	18.9
NEWCASTLE			1		2		1		1						5		5	5.8
SAINT JOHN	2	1	6		3		2		1		1	1	1	1	16	3	19	22.4
WOODSTOCK					1	1	2				1				4	1	5	5.8

Le tableau D ci-dessous présente des données sur les moyens utilisés, selon l'âge et le sexe de la victime.

S U I C I D E

TABLEAU "D" - 1989

MOYEN	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		71 ET PLUS		TOTAL HOMMES	TOTAL FEMMES	TOTAL PARTIEL	POURCENTAGE DE TOTAL
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F				
ARME A FEU	3		10	2	14	1	9		4	1	2	1	3		45	5	50	58.8
PENDAISON	1	1	8		4		3		3		1	1			20	2	22	25.8
SURDOSE DE DROGUE				1		2						1				4	4	4.7
EMPOISONNEMENT AU MONOXYDE DE CARBONE			1		1				1		1	1			4	1	5	5.9
NOYADE						1				1						2	2	2.4
AUTRE	1													1	1	1	2	2.4
TOTAL	5	1	19	3	19	4	12		8	2	4	4	3	1	70	15	85	
HOMMES	5		19		19		12		8		4		3		70			
FEMMES		1		3		4				2		4		1		15		
NOMBRE PAR GROUPE D'AGE	6		22		23		12		10		8		4					
POURCENTAGE DU TOTAL	7		25.9		27.1		14.1		11.8		9.4		4.7					

Le tableau <<E>> ci-dessous présente des données comparatives pour une période de dix ans sur les morts accidentelles, violentes et les morts au berceau survenues de 1979 à 1988.

TABLEAU <<E>>

1979 à 1988

	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	Moyenne
ACCIDENTS DE VÉHICULE A MOTEUR	210	180	146	176	108	137	84	95	137	126	13.9
ACCIDENTS DE BICYCLETTE	5	7	6	2	3	8	2	3	7	5	4.8
PIÉTONS MORTS ACCIDENTELLEMENT	44	43	40	26	17	27	28	24	10	19	27.8
NOYADES	42	43	37	33	20	26	30	24	31	28	31.4
ACCIDENTS D'AVION	5	6		1	2	2			5	7	2.8
ACCIDENTS A LA FERME	5	4	4	8	1	3	2	2	2	2	3.3
ACCIDENTS D'ARME A FEU	4	6	5	1	3	7	4	2	2	2	3.6
HOMICIDES	10	10	15	13	10	16	15	14	20	12	13.5
ACCIDENTS DU TRAVAIL	14	11	7	10	7	15	12	12	8	8	10.4
SUICIDES	90	83	67	91	105	86	83	103	76	111	89.5
INCENDIES	27	31	17	16	15	25	27	25	26	18	22.7
MORTS AU BERCEAU	19	21	17	9	20	20	13	5	8	14	14.1
ACCIDENTS DE MOTONEIGE	4	5	2	2	3	2	2	2	2	3	2.7
AUTRES	62	79	57	56	33	49	18	26	14	16	41.
TOTAL	541	529	420	444	347	423	320	337	348	371	408

RÉSUMÉ DES ENQUÊTES ET DES RECOMMANDATIONS

ENQUÊTE N^{O} 1

Le 13 janvier, une enquête a été menée à Campbellton sur le décès d'un homme de 76 ans, survenu en août 1988 à un moment où l'homme était incarcéré dans une cellule de détention municipale de la GRC à Campbellton, au Nouveau-Brunswick.

Le jury a conclu que le décès provenait d'une athérosclérose coronarienne et était survenu dans des circonstances naturelles.

Le jury a fait la recommandation suivante, qui a été transmise au quartier général de la GRC à Fredericton ainsi qu'au directeur des Services correctionnels du Nouveau-Brunswick :

1) "Que les cellules soient conçues de telle sorte que le garde puisse voir le prisonnier en tout temps."

L'officier commandant la division "J" de la Gendarmerie Royale du Canada (Nouveau-Brunswick) a répondu que le garde est assis dans un endroit d'où il peut voir continuellement l'intérieur de toutes les cellules. Dans certaines des plus vieilles cellules, une plaque d'acier d'environ 5 sur 5 couvre une partie de la porte et entoure la serrure. D'une certaine distance, les deux tiers du corps d'une personne couchée sur le lit ne sont pas visibles. Le défunt se trouvait dans une cellule de ce genre. Il a été demandé à la ville de Campbellton d'examiner la possibilité d'enlever cette plaque sans créer d'autres risques.

ENQUÊTE N^{O} 2

Le 23 février, une enquête a été menée à Saint-Jean sur le décès d'un homme de 38 ans, survenu en novembre 1988 à la suite d'une collision entre un véhicule à moteur et un train, à South Bay, au Nouveau-Brunswick.

Le jury a conclu que le décès résultait d'une hémorragie massive provoquée par un traumatisme et était survenu dans des circonstances accidentelles.

Le jury a fait les recommandations suivantes, qui ont été transmises à l'honorable Benoit Bouchard, ministre des Transports, au président directeur général de Via Rail et des Chemins de fer nationaux du Canada, ainsi qu'au président de CP Rail :

1) "Qu'il soit interdit de poser des panneaux n'émanant pas des services ferroviaires sur les panneaux ferroviaires ou à proximité de ceux-ci.

2) Que les panneaux posés à toutes les traversées de chemins privés par des réseaux ferroviaires et routiers soient uniformes.

3) Que des pictogrammes, qui sont de nature internationale, soient utilisés en même temps que les panneaux écrits, à tous les passages à niveau situés sur des chemins privés.

4) Que le public soit mieux informé, par tous les moyens possibles, du danger potentiel à tous les passages à niveau."

Le CP a répondu qu'il avait fait enlever tous les panneaux visés par la recommandation 1.

En ce qui concerne les recommandations n^{OS} 1 à 3, le CN et le CP ne permettent pas actuellement de poser des panneaux autres que ceux des services ferroviaires à proximité des passages à niveau. Le CN aussi bien que le CP utilisent des panneaux

avertisseurs normalisés aux passages à niveau et jugent que l'addition de pictogrammes aux traversées de chemins privés provoquerait des erreurs ou des distractions. Via Rail n'a pas compétence en matière de signalisation aux passages à niveau qui appartiennent soit au CN, soit au CP.

Les quatre destinataires mentionnés ci-dessus appuient fortement l'opération Gare au train, programme de sensibilisation du public pour accroître la sécurité des chemins de fer, qui vise particulièrement les dangers des passages à niveau.

ENQUÊTE N^{O} 3

Le 6 avril, une enquête a été menée à Dalhousie sur le décès d'un homme de 35 ans, survenu en février 1989 à un moment où cet homme était détenu à la prison provinciale de Dalhousie, au Nouveau-Brunswick.

Le jury a conclu que le décès résultait d'une asphyxie dans les circonstances suivantes : suicide par strangulation. Le défunt, qui était détenu à la prison provinciale de Dalhousie, s'est suicidé dans sa cellule en enroulant autour de son cou la chaîne qui servait à supporter son lit pliant et en se couchant ensuite sur le lit de façon à s'étrangler lui-même.

Le jury a fait les recommandations suivantes, qui ont été transmises au directeur des Services correctionnels du ministère du Solliciteur général :

1) "Que le nombre de surveillants, qui est actuellement insuffisant, soit augmenté.

2) Que tous les agents de correction, y compris ceux qui sont employés à titre occasionnel, reçoivent la même formation de base. Si cette mesure n'est pas applicable, qu'au moins 50 p. 100 des agents de correction de service soient des employés permanents.

3) Que les normes fédérales relatives à la superficie allouée par détenu soient suivies.

4) Que la politique d'assignation des cellules aux détenus renvoyés par les tribunaux soit réexaminée.

5) Que les portes de cellule munies de lattes soient enlevées et remplacées par des portes n'offrant aucun moyen de pendaison aux détenus.

6) Que la politique actuelle régissant la récréation des détenus renvoyés par les tribunaux soit révisée."

Le directeur des Services correctionnels a répondu comme suit à chacune des recommandations :

1) Cette recommandation est actuellement observée étant donné que le nombre d'agents de correction de service à la prison provinciale de Dalhousie a été porté de trois à quatre 24 heures par jour, à la suite d'une étude de la dotation en personnel antérieure à cet incident. Comme mesure de précaution supplémentaire, un poste de garde occupé par un employé permanent a maintenant été établi dans un corridor ouvert, à l'extérieur du bloc de cellules dans lequel l'incident s'est produit.

2) Cette recommandation est également suivie puisque tous les nouveaux membres du personnel correctionnel y compris les employés occasionnels reçoivent le même nombre d'heures de formation dispensée par le coordinateur de la formation de l'établissement. L'orientation donnée comprend une séance d'information sur la prévention du suicide, et la proportion conseillée, de 50 p. 100 d'employés permanents au moins parmi les agents de correction de service, est maintenant observée régulièrement.

3) Quoiqu'il soit admis que, de temps à autre, les locaux du secteur des détenus renvoyés par le tribunal ne sont pas très spacieux pour une personne enfermée la plus grande partie de la journée, l'établissement a néanmoins la mission d'effectuer la garde des personnes renvoyées par les tribunaux dans l'attente de leur procès, etc. Malheureusement, le nombre de détenus de la prison provinciale de Dalhousie ne permet pas de leur allouer plus d'espace. Il est prévu que le problème sera bientôt réglé grâce à l'allocation du budget de capital d'entretien de 1990-1991.

4) Cette recommandation a aussi été faite pour les cas où il y a deux détenus renvoyés par les tribunaux ou plus, par cellule; cependant, comme dans la réponse donnée à la recommandation nº 3, la superficie des cellules de l'établissement est limitée. Nous poursuivrons la politique voulant que les détenus renvoyés par les tribunaux se voient attribuer les locaux les plus sûrs de l'établissement, quoique nous soyons bien conscients du fait que de temps à autre, le nombre de détenus sera trop élevé. Comme pour la recommandation nº 3, il a aussi été tenu compte de ce problème dans l'allocation du budget de capital d'entretien pour 1990-1991.

5) Des fonds ont été prévus, dans le prochain exercice financier, pour remplacer les portes existantes susceptibles d'être utilisées de la même façon par d'autres détenus dans les locaux assignés aux détenus renvoyés par les tribunaux dans cet établissement.

6) La recommandation finale a également été suivie et tous les détenus de cet endroit sont maintenant emmenés à l'extérieur deux fois par jour au moins et si possible une troisième fois peu après le repas du soir. En plus de la récréation à l'extérieur, les détenus renvoyés par les tribunaux ont aussi la possibilité de prendre de l'exercice en dehors du bloc cellulaire, dans un corridor ouvert situé dans l'établissement."

ENQUÊTE Nº 4

Les 6 et 20 juin, une enquête a été menée à Saint-Jean sur le décès d'un homme de 28 ans, mort en mars 1989 après avoir glissé d'une échelle en embarquant sur un bateau dans le port de Saint-Jean, au Nouveau-Brunswick.

Le jury a conclu que le décès résultait d'une noyade dans des circonstances accidentelles, lorsque le défunt, qui était en état d'ébriété, est tombé d'une échelle en embarquant sur un bateau.

Le jury a fait la recommandation suivante, qui a été transmise à l'honorable Benoit Bouchard, ministre des Transports, au directeur général régional de la Garde côtière canadienne et au Service d'incendie de Saint-Jean :

1) "Que des mains courantes soient installées sur les échelles des quais et maintenues en bon état.

2) Qu'un bateau et du personnel de sauvetage soient disponibles en tout temps."

M. Benoit Bouchard a répondu que la première recommandation était impraticable du fait qu'elle gênerait l'amarrage des bateaux. Néanmoins, les échelles de quai et les garde-fous du haut du quai seront maintenus en bon état. En ce qui concerne la seconde recommandation, la police du port a maintenant un nouveau bateau de patrouille disponible 24 heures par jour, qui est conduit par des agents compétents.

La Garde côtière canadienne a répondu ce qui suit aux deux recommandations :

> "La variation du niveau des marées dans la baie de Fundy rend le problème de l'accès aux bateaux très difficile, surtout pour les petits bateaux. La technique la plus sûre pour monter ou descendre par des échelles verticales ou presque verticales consiste à agripper les barreaux de l'échelle en déplaçant la jambe et le bras opposés alternativement dans les mouvements ordinaires de montée et de descente. Les mains courantes séparées ne donnent pas plus de sécurité à la personne sur l'échelle. Avec des mains courantes, la personne tend à se pencher en arrière, alors qu'elle est tout contre l'échelle quand elle s'agrippe aux barreaux pour se tenir et se déplacer. De plus, sa prise est moins forte, surtout si la main courante est mouillée ou glissante pour une raison quelconque.
>
> Lorsque la chose était possible, une ou deux méthodes ont été utilisées pour la protection des employés utilisant des échelles verticales fixes de plus de 6 mètres de longueur; l'une consiste à construire une cage protégeant la personne sur

l'échelle; dans l'autre, la personne utilise un dispositif antichute; en l'espèce, aucune des deux méthodes ne serait applicable ni possible. Dans le premier cas, il n'est pas possible de poser une cage à cause de l'emplacement de l'échelle contre la paroi verticale du quai et du problème des niveaux de la marée. Dans le second cas, un dipositif antichute n'est pas praticable du point de vue logistique.

En certains endroits, il existe des "docks flottants" reliés en permanence aux quais fixes par une passerelle ajustable selon le niveau de la marée. Ces aménagements constituent la meilleure méthode d'embarquement sécuritaire, mais ils ne sont généralement pas fournis et ils diminueraient considérablement le nombre de postes d'amarrage pour les petits bateaux. Dans les environs de la baie de Fundy, des centaines de pêcheurs et d'autres personnes embarquent quotidiennement sur de petits bateaux ou en débarquent; ils connaissent le danger et observent attentivement les "précautions nécessaires". Il est évident qu'une personne en état d'ébrité peut être incapable de prendre les "précautions nécessaires" ce qui, en l'occurrence, a entraîné un accident mortel regrettable.

La Garde côtière a mis un bateau à la disposition de la police de Saint-Jean. L'usage qui doit en être fait relève du chef de la police. Néanmoins, nous voudrions souligner qu'à moins que des gens présents sur les lieux ne portent secours immédiatement à une personne tombée à l'eau, en utilisant l'équipement qui se trouve sur le quai ou le bateau, il est peu probable qu'une opération de secours réussisse. Par temps froid, la personne tombée à l'eau souffre rapidement d'hypothermie, ce qui la rend incapable de s'aider elle-même."

ENQUÊTE N^{O} 5

Le 31 mai, une enquête a été menée à Fredericton sur le décès d'un garçon de 15 ans, mort en décembre 1988 à un moment où il était passager d'une automobile impliquée dans un accident près de Burtts Corner, au Nouveau-Brunswick.

Le jury a conclu que le décès provenait de traumatismes multiples et s'était produit dans des circonstances accidentelles résultant principalement du piètre état de la route par suite des mauvaises conditions atmosphériques; le fait que le conducteur

ne roulait pas à une vitesse prudente à cet endroit précis a été un facteur contributif mineur.

Le jury a fait les recommandations suivantes, qui ont été transmises au ministre des Transports:

1) "Qu'un panneau avertissant du tournant soit installé à l'extrémité est du tournant où a eu lieu l'accident en question; ce panneau devrait être ajouté à celui qui se trouve déjà à l'extrémité est du tournant précédent.

2) Qu'un signal de limite de vitesse à 60 km/heure soit également apposé au panneau avertisseur proposé.

3) Que le ministère des Transports envisage l'installation de panneaux avertisseurs à d'autres intersections ou tournants dangereux de la route 104.

4) Que le ministère des Transports entreprenne immédiatement une enquête sur l'état et les caractéristiques physiques de la route 104, en tenant compte particulièrement de la circulation et des difficultés de la conduite en hiver, en vue d'améliorer toute la route.

5) Que la route 104 soit améliorée et placée dans la catégorie "A" en ce qui concerne les lignes directrices relatives aux mesures à prendre en cas de tempêtes.

6) Que le ministère des Transports envisage d'augmenter le nombre de patrouilles de nuit dans le district 6.

7) Que le ministère des Transports installe un système téléphonique permettant de transférer automatiquement au bureau de district les appels faits par le public aux bureaux de la division quand il n'y a personne à un bureau de la division.

8) Que la GRC surveille de plus près la circulation sur la route 104, particulièrement pendant les périodes de grande circulation.

9) Que, compte tenu de la distance de la mâchoire de désincarcération la plus proche, tous les efforts soient faits pour en obtenir une pour l'un des deux services d'incendie volontaires de la vallée de la rivière Keswick et que tous les membres de ces deux services reçoivent la formation appropriée pour l'utiliser.

Le ministre des Transports a répondu que les recommandations 1 à 3 du jury avaient été mises en application. Le ministère des Transports a entrepris un programme de construction portant sur plusieurs années pour améliorer la route 104 de Keswick à Millville et en novembre 1989, cette route sera placée dans la catégorie "A". En ce qui concerne la recommandation n^{o} 6, même si le ministère a décidé de ne pas augmenter les patrouilles, il sera répondu à tout rapport ou à toute demande de la police. En ce qui concerne la recommandation n^{o} 7, le ministre a fait savoir que le Centre de communications mobiles provincial a du personnel de service 24 heures par jour, sept jours par semaine. Le Centre communique avec tous les véhicules et dépôts d'entretien du ministère. De plus, les détachements de la GRC ont une liste des employés du ministère des Transports de la région qu'ils peuvent appeler en cas d'urgence et il y a des surveillants des routes de service en tout temps.

ENQUÊTE N^{O} 6

Le 9 mai, une enquête a été menée à Woodstock sur le décès d'une femme et de ses trois enfants, morts en mars 1989 à la suite d'un incendie dans leur maison mobile, à Upper Kent, au Nouveau-Brunswick.

Le jury a conclu que les décès résultaient de l'inhalation de fumée qui a provoqué une asphyxie par oxyde de carbone, et qu'ils étaient survenus dans des circonstances accidentelles.

Le jury a fait les recommandations suivantes, qui ont été transmises au ministre du Travail, au prévôt des incendies du Nouveau-Brunswick et à la N.B. Manufacturer Homes and Parks Association:

1) "Que l'installation d'appareils de chauffage à combustible solide et de leur tuyaux ne soit permise que sous la surveillance d'un inspecteur accrédité par le Nouveau-Brunswick, selon les règlements appliqués par le ministère du Travail du Nouveau-Brunswick.

2) Qu'on insiste davantage sur la nécessité d'installer des détecteurs de fumée dans tous les logements."

Le coroner, M. Ritchie, a fait les deux autres recommandations suivantes :

1) "Que les fabricants de maisons mobiles établissent un manuel du propriétaire spécifiant les appareils de chauffage sécuritaires appropriés pour une maison mobile. Le manuel devrait être établi dans un format permettant de l'afficher dans la maison mobile et tous les acheteurs de maisons mobiles devraient être informés de son existence et de son emplacement.

2) Que toutes les fenêtres des maisons mobiles soient installées de façon à pouvoir s'ouvrir sous une forte poussée."

Le prévôt des incendies a répondu que son bureau :

"s'occupe actuellement de l'organisation d'un programme provincial, de concert avec la New Brunswick Association of Fire Chiefs, en vue d'entreprendre une campagne intensive de six mois pour promouvoir l'installation de détecteurs de fumée en état de fonctionnement dans toutes les habitations de la province. Ce programme inclura les maisons mobiles, les maisons préfabriquées mobiles, les appartements, les maisons unifamiliales et les duplex.

Tous les propriétaires pourront faire inspecter leur maison par le service d'incendie local. L'inspection inclura la bonne installation et le fonctionnement des appareils à combustible solide et l'installation de détecteurs de fumée en fonction des besoins du propriétaire.

De plus des efforts sont en cours au niveau national pour réviser le Code national du bâtiment et le Code national des incendies afin qu'ils couvrent les changements survenus dans la technologie et les matériaux de construction."

ENQUÊTE N^{O} 7

Le 8 juin, une enquête a été menée à Saint-Jean sur le décès d'une femme de 22 ans, survenu en mars 1989 à la suite d'une collision entre une automobile et un train, à Brookville, Saint-Jean, au Nouveau-Brunswick.

Le jury a conclu que le décès provenait de blessures à la tête, dans des circonstances accidentelles résultant directement de l'état de la route, qui était glissante, ainsi que de la présence d'un talus bouchant la vue.

Le jury a fait les recommandations suivantes, qui ont été transmises à l'honorable Benoit Bouchard, ministre des Transports, au président directeur général de Via Rail Inc. et de la Compagnie des chemins de fer nationaux du Canada :

1) "Le talus qui bouche la vue des trains se dirigeant vers l'Est doit être enlevé pour améliorer la ligne de vision des trains qui arrivent.

2) Il faut établir à qui appartient la route pour déterminer qui est responsable de son entretien, pendant les intempéries hivernales en particulier.

3) La surface aplanie au haut de la pente (au niveau du passage à niveau sur la route privée) devait être allongée.

4) Il faudrait examiner la possibilité de réduire la vitesse des trains dans les limites de la ville (de Saint-Jean)."

Le ministère des Transports a répondu que le travail nécessaire pour résoudre le problème de la ligne de vision serait entrepris sous peu. La recommandation n^{o} 2 est en cours d'examen par le CN et l'Office des transports nationaux, pour déterminer qui a la responsabilité première de la route. En ce qui concerne la recommandation n^{o} 3, le ministre a fait savoir

que, de l'avis du ministère, la surface aplanie au haut de la pente est conforme aux critères acceptés. En ce qui concerne la recommandation n^{o} 4, les chemins de fer ont décidé que les vitesses actuelles seraient maintenues tant que les passages à niveau sont adéquats et suffisamment sécuritaires pour ces vitesses. De plus, tous les trains approchant de Brookville doivent maintenant actionner leur sifflet. La Compagnie des chemins de fer nationaux du Canada a répondu ce qui suit :

> "Les passages à niveau sur des routes privées sont installés par les chemins de fer à la demande de propriétaires qui veulent pouvoir entrer et sortir de leur propriété. Ils sont installés par les chemins de fer à la condition que la ou les personnes qui en font la demande aient la charge de tous les frais afférents et assurent l'entretien des accès aux passages à niveau de façon sécuritaire. Il arrive fréquemment, cependant, que le terrain bordé par la voie ferrée soit subdivisé pour des fins résidentielles et que le passage à niveau, qui était à l'origine une extension de l'allée de la propriété, devienne une voie de passage très fréquemment utilisée pour entrer et sortir des résidences construites ultérieurement. Il arrive aussi fréquemment que, dans ce cas, les résidants soient rarement disposés à se charger de l'entretien de la route et s'attendent à ce qu'il soit effectué par la municipalité ou par les chemins de fer ou par les deux. Dans la plupart des cas, les municipalités se sont montrées peu enclines à assumer la responsabilité du passage à niveau ou de ses approches, parce que de fait, la route est toujours une route privée qui n'a pas été consacrée à l'usage public.

ENQUÊTE N^{O} 8

Le 22 août, une enquête a été menée à Neguac sur le décès d'un homme de 30 ans, mort en décembre 1988 quand il a été heurté accidentellement par un chasse-neige pendant qu'il marchait sur le bord de la route à Lagacéville, au Nouveau-Brunswick.

Le jury a conclu que le décès résultait de blessures à la tête dans des circonstances accidentelles.

Le jury a fait la recommandation suivante, qui a été transmise au ministre des Transports :

1) "Qu'il y ait toujours deux personnes dans la cabine d'un chasse-neige quand il se trouve sur la route.

"Le ministre a répondu que la politique du ministère des Transports prévoit qu'il doit y avoir un opérateur d'aile du chasse-neige pendant le travail de déblaiement de la neige mais pas pendant l'épandage de sel ou de sable, à moins que la visibilité du conducteur ne soit bouchée, auquel cas l'aile du véhicule doit être enlevée ou un opérateur doit accompagner le conducteur. Étant donné cette politique, le ministère n'était pas disposé à adopter la recommandation.

ENQUÊTE N^{O} 9

Le 17 octobre, une enquête a été menée à Sackville sur le décès d'un homme de 70 ans, mort en juin 1989 après une chute au cours de laquelle il s'est cogné la tête, à Sackville, au Nouveau-Brunswick.

Le jury a conclu que le décès résultait d'une pneumonie. Les circonstances du décès ont été considérées comme accidentelles; le défunt, qui était en état d'ébriété, est tombé et s'est cogné la tête sur le trottoir, ce qui lui a causé un hématome. Les blessures ont nécessité une intervention chirurgicale qui a été suivie d'une pneumonie entraînant le décès.

Le jury n'a pas fait de recommandation.

ENQUÊTE N^{O} 10

Le 15 décembre, une enquête a été menée à Bathurst sur le décès d'un homme de 38 ans, survenu en septembre 1989 lors d'un accident dans une mine de Bathurst, au Nouveau-Brunswick.

Le jury a conclu que le décès résultait d'un traumatisme probable à la poitrine, dans des circonstances accidentelles, à la suite de la chute de roches d'un amoncellement de minerai dans un couloir à minerai.

Le jury a fait les recommandations suivantes, qui ont été transmises au ministre d'État aux mines, au ministre des Ressources Naturelles et de l'Énergie, à la Brunswick Mining and Smelting Corporation Ltd. et à la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail :

1) "Que les recommandations faites par l'inspecteur de la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail à la suite de l'accident continuent d'être respectées en tout temps.

2) Que les paragraphes 256(4) et 256(5) des règlements établis en vertu de la Loi sur les mines soient révisés et rendus plus explicites.

La Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail a fait savoir qu'un nouveau règlement a été proposé et doit être proclamé en 1990. Le règlement prévoira ce qui suit:

> "L'employeur devra veiller à ce que personne ne pénètre dans un couloir ou une cheminée de transfert servant au passage, par gravité, de minerai, de roches ou d'autre matière, pour l'utiliser comme moyen de transport ou pour dégager un amoncellement de minerai, de roches ou d'autre matière sur le trajet du couloir ou de la cheminée de transfert.
>
> Jusqu'à la proclamation des nouveaux règlements, la Commission exigera que les employeurs adoptent un code de pratiques veillant à ce que <u>personne ne pénètre dans un couloir ou une cheminée de transfert</u>

servant au passage, par gravité, de minerai, de roches ou d'autre matière, pour l'utiliser comme moyen de transport ou pour dégager un amoncellement de minerai, de roches ou d'autre matière survenu sur le trajet du couloir ou de la cheminée de transfert.
Cela veut dire que PERSONNE NE DOIT DONNER À QUI QUE CE SOIT LA PERMISSION DE PÉNÉTRER DANS UN COULOIR OU UNE CHEMINÉE DE TRANSFERT. L'employeur doit faire afficher le code de pratiques dans un endroit bien en vue du lieu d'emploi, ainsi que la Loi l'exige.

ENQUÊTE Nº 11

Les 4 et 5 décembre, une enquête a été menée à Moncton sur le décès d'une femme, de son mari et de leur fille, morts en juillet et août 1989 à la suite d'un incendie dans une maison de Moncton, au Nouveau-Brunswick.

Le jury a conclu que le décès de la mère résultait de brûlures cutanées, de broncho-pneumonie aiguë et d'oedème pulmonaire. Le décès du père et celui de la fille résultaient de l'inhalation de fumée et d'asphyxie par oxyde de carbone. Les trois décès ont été attribués à un incendie délibérément allumé.

Le jury n'a pas fait de recommandations.

Une douzième enquête a été demandée à la suite du décès accidentel, en septembre 1989, d'un employé d'une usine de conditionnement des aliments de Dieppe, au Nouveau-Brunswick, qui est mort après avoir été happé par la vis hélicoïdale d'une machine de conditionnement de la viande.

L'enquête, qui devait avoir lieu le 5 décembre, a été retardée quand la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail a entrepris des poursuites en justice contre l'employeur, au motif que ce dernier avait enfreint un règlement de sécurité. Le défendeur a plaidé coupable et a été condamné à une amende de 5 000 $. Étant donné que les circonstances entourant le décès

ont été longuement exposées au cours des poursuites et que l'employeur a remédié au danger immédiat pour la sécurité, le coroner en chef a décidé que l'enquête ne serait d'aucune utilité pour le public et l'a annulée.